

Eventos aversivos e depressão na adolescência: relato de caso

Aversive events and depression in adolescence: a case review

Luan Flávia Barufi Fernandes*; **Lara Rodrigues Silveira****; **Maria Cristina Miyazaki*****;
Neide A. Micelli Domingos****; **Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz*******; **Marcos
Ricardo Datti Micheletto*******

*Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica: Terapia Cognitivo-Comportamental, especialista em Psicologia da Saúde. Serviço de Psicologia do Hospital de Base e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

**Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica: Terapia Cognitivo-Comportamental, especialista em Psicologia da Saúde. Serviço de Psicologia do Hospital de Base e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

***Doutora em Psicologia e Professora da Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto – FAMERP

****Doutora em Psicologia Clínica. Serviço de Psicologia do Hospital de Base e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

*****Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica. Serviço de Psicologia do Hospital de Base e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

*****Mestre em Psicologia Clínica e doutorando em Ciências da Saúde. Serviço de Psicologia do Hospital de Base e Laboratório de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

A adolescência é uma fase em que o indivíduo desenvolve concepções mais claras a respeito de si e dos outros, além de habilidades para formar e manter relacionamentos. Eventos estressantes significativos, tais como morte dos pais e mudanças repentinas na rotina, associados a suporte social e familiar inadequados podem favorecer aparecimento de estresse e depressão em adolescentes. Objetivo: relatar caso de uma adolescente de treze anos que vivenciou experiências estressoras e apontar o quanto esses eventos podem contribuir para desenvolvimento de depressão. Foram realizadas vinte sessões de psicoterapia (Cognitivo-Comportamental), com a finalidade de reduzir sintomas depressivos, estresse e de desenvolver repertório comportamental para lidar com nova condição. Realizaram-se também sessões de orientação sobre práticas parentais mais eficazes com o tio (tutor legal) da adolescente para melhorar interação entre adolescente e cuidador. Dados sugerem que perda da mãe, mudança de rotina e práticas parentais inadequadas foram significativas para desenvolvimento de estresse e depressão na adolescente, além de favorecer manutenção de comportamentos externalizantes. Resultados: redução de problemas externalizantes e sintomas depressivos na adolescente, além da adoção de

práticas educativas mais adequadas pelo tio. Considera-se que eventos traumáticos e práticas parentais ineficazes são fatores de risco que favorecem transtornos psiquiátricos na adolescência.

Palavras-chave: Adolescência, Depressão, Terapia cognitivo-comportamental (TCC).

ABSTRACT

Adolescence is an important period during which the individual develops major concepts about himself and others, as well as skills to construct and maintain relationships. Stressful events during adolescence, like the death of parents and sudden routine changes, when associated with poor familiar and social support, may increase the risk for stress and depression. This is a case report of a 13 year old adolescent who was exposed to stressful experiences. It describes how those events may have contributed to the development of depressive symptoms. Twenty sessions of Cognitive-Behavior Therapy (CBT) were prescribed in order to reduce depressive symptoms and stress, and to develop coping behavioral skills. Training sessions were also conducted with the uncle (caregiver) in order to improve the relationship between the adolescent and the caregiver. Data suggests that a parent's death, routine changes and inadequate parenting management were relevant to the development of stress and depressive symptoms. Those problems were also probably responsible for the development of externalizing behaviors. After CBT there was a reduction in the frequency of externalizing behaviors and depressive symptoms. There was also an increase of positive parenting skills. It is possible to suggest that traumatic events and inefficient parental skills increase the risk for psychiatric disorders during adolescence.

Keywords: Adolescence, Depression, Cognitive-behavior therapy (CBT).

Introdução

Adolescência é freqüentemente descrita como um período de sofrimento e de dificuldades para o próprio adolescente e para as pessoas de seu convívio (Arnett, 1999). É nesse período que se desenvolvem concepções mais consistentes a respeito de si e dos outros, além de habilidades para formar e manter relacionamentos significativos (Kristensen, Leon, D'Incao & Dell'Aglio, 2004).

Diversos fatores podem tornar o adolescente vulnerável a problemas, como freqüência de eventos estressores, baixa escolaridade, famílias numerosas ou uniparentais, estresse, doença mental e violência familiar, mudanças importantes no estilo de vida (separação dos pais, mudança de escola), condições estressoras crônicas (pobreza, deficiências no desenvolvimento físico e emocional, conflitos familiares constantes) e problemas do dia-a-dia (provas escolares, disputas com amigos e discussão com os pais) (Kristensen et al., 2004).

Um dos fatores de maior impacto sobre a vida de um adolescente é a morte de um dos pais, que pode acarretar um desequilíbrio significativo na rotina e gerar sensação de desamparo. O enfrentamento adequado desse luto vai depender do suporte social oferecido pelos familiares (Frade & Barragán, 2005).

Essa condição pode favorecer o desenvolvimento de problemas psicológicos, tais como estresse e depressão, em indivíduos com vulnerabilidade biológica e ambiental. Os sintomas mais comuns de estresse na adolescência incluem aparecimento súbito de comportamentos agressivos, desobediência, ansiedade, depressão, dificuldade de relacionamento, dificuldades escolares, pesadelos, insônia, entre outros (Lipp, 2000).

Quanto maior a vulnerabilidade e menor a capacidade de enfrentamento, mais rápido e

intensamente os sintomas se manifestarão. As diferenças individuais decorrem da herança genética, combinada com vulnerabilidades desenvolvidas ao longo da vida. Alguns autores destacam que pessoa submetida a eventos estressores significativos e persistentes na infância e adolescência tem maior risco de desenvolver depressão (Numhauser & Schwartz, 1999; Lima, 2004; Zavaschi et al., 2002).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM-IV-R (APA, 2002), os critérios para diagnóstico da depressão em adolescentes são os mesmos utilizados para adultos. Entretanto, uma sintomatologia peculiar nessa faixa etária tem sido sugerida: irritabilidade e instabilidade, humor deprimido, perda de energia, desmotivação e desinteresse importante, retardo/agitação psicomotor, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alterações do sono, isolamento, dificuldade de concentração, prejuízo no desempenho escolar, baixa auto-estima, idéias e tentativas de suicídio, problemas graves de comportamento e queixas somáticas (Miyazaki, 2000; Lima, 2004; Méndez, Olivares & Ros, 2005; Calderaro & Carvalho, 2005).

A família pode atuar como um fator protetor, servindo como apoio e modelo de enfrentamento de dificuldades. Por outro lado, pode também ser uma fonte geradora de estresse e conflito (Kristensen et al., 2004), principalmente quando a interação é caracterizada por práticas parentais coercitivas, disciplina inconsistente, hostilidade, indiferença, negatividade, restrição emocional, pouca afetividade e apoio, punição e parentalidade abusiva. Essas práticas podem produzir efeitos danosos à auto-regulação das emoções e/ou promover o reforçamento de comportamentos agressivos e desviantes (Dessen & Szelbracikowski, 2004; Salvo, Silves & Toni, 2005; Salvador & Weber, 2005).

Apesar dos efeitos nocivos advindos das práticas parentais coercitivas, a maioria dos pais e/ou cuidadores tem dificuldade em aplicar outros métodos disciplinares. Assim, o trabalho do psicólogo é de extrema relevância na orientação de pais e/ou cuidadores. O ensino de práticas parentais produtoras de comportamentos pró-sociais e o acompanhamento psicológico do adolescente podem minimizar ou reduzir comportamentos-problema, melhorando a qualidade da interação pais-filhos (Marinho, 2005).

Pais ou cuidadores devem ser, portanto, incluídos nos programas de intervenção psicológica com adolescentes, já que estão envolvidos no processo de manutenção e desenvolvimento dos comportamentos problemas. Necessitam ser incluídos não só como mediadores do psicólogo, mas também como alvos da intervenção (Marinho, 2005).

Além dessas orientações, o acompanhamento psicoterápico do adolescente pode ser necessário para favorecer seu ajustamento ao meio social. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido freqüentemente utilizada com crianças e adolescentes (Kendall, 1991; Friedberg & McClure, 2001; Stallard 2004). Estudos de caso com essa população constituem importante método para a produção de conhecimento em Psicologia. Silves e Banaco (2000) apontam o estudo de caso como um relato fiel e sistemático do que foi realizado com o paciente durante o processo terapêutico, incluindo também a história de vida e outras informações que possam conduzir a uma compreensão completa do problema.

O objetivo deste estudo é descrever o atendimento de uma paciente exposta a eventos aversivos com posterior desenvolvimento de depressão e estresse na adolescência, seguindo o referencial teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Método de Atuação

Participante

L., sexo feminino, 13 anos, 6ª série do ensino fundamental, condição sócio-econômica média baixa. Filha única, órfã, vive com tio materno.

História de Vida

Os pais tinham bom relacionamento (segundo informações obtidas – sic – pelo tio). Quando tinha cerca de três anos, a família sofreu um acidente automobilístico, e o pai faleceu imediatamente. A mãe ficou longo tempo hospitalizada, e a criança permaneceu alguns dias na UTI. Com hipertensão e outros problemas de saúde, a mãe ficou impossibilitada de trabalhar. Passaram a morar com diferentes familiares, dependendo financeiramente dos mesmos.

A primeira situação considerada problemática foi o comportamento de furto que ocorreu aos seis anos, em um supermercado. Posteriormente, a escola passou a queixar-se com frequência de furtos de objetos de colegas de classe. Visando a modificar esse comportamento, a mãe utilizava punições físicas e verbais, sem, entretanto, monitorar as atividades da criança. Tinha informação sobre os furtos quando era convocada pela escola. Nessas situações, ressarcia os envolvidos e desculpava-se pelo comportamento da filha. Em casa, a família culpava a criança pela humilhação que a mãe enfrentava.

A mãe realizava os afazeres domésticos especificamente atribuídos a L, tais como: arrumar a cama, organizar o quarto e não havia horários estabelecidos para atividades como tarefas e refeições. Mãe e filha tinham bom relacionamento, com muito afeto e troca de carinho, e L. tinha permissão para brincar com amigos em diferentes lugares.

Quando L. tinha doze anos, a mãe sofreu um ataque cardíaco e faleceu. Antes de morrer, entretanto, pediu ao irmão que cuidasse da filha, pois o considerava responsável, não possuía filhos e apresentava boa condição financeira. Este é noivo, mora sozinho, trabalha o dia todo e possuía rotina sem maiores preocupações.

Os dados obtidos nas entrevistas realizadas com o tio e L. podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados obtidos nas entrevistas com o Tio e L

Entrevista com o tio	Entrevista com L.
<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação com o estado emocional de L.; - Aumento na frequência dos furtos após falecimento da mãe; - Desconforto e dificuldades de adaptação à situação de tutela, que ocorreu de forma abrupta; - Dificuldades em disciplinar a sobrinha; - L. não tem horários para realizar seus afazeres (tarefas, refeições, banhos) e não auxilia nas atividades domésticas (arrumar a cama, organizar o quarto, limpar a casa), condição geradora de conflitos constantes; - Considera sobrinha uma pessoa fechada e introvertida; - Sua noiva e sogra o auxiliam nos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatou sentir-se “feia” ao furtar objetos, comportamento que acredita ser “errado e vergonhoso”, mas que tem dificuldade em controlar; - Objetos mais atraentes são os que não tem condição de comprar (celular e bijuterias); - Considera tio “muito bravo”, pouco compreensivo, impaciente e autoritário, faz exigências excessivas em relação aos afazeres domésticos e a seus hábitos; - Tio critica quando faz algumas atividades: “ainda não ficou bom” ou “você é muito desleixada”; - Ameaça abandoná-la caso não cumpra suas ordens (“se não me obedecer, vou te mandar para um orfanato”); - Sente falta da mãe e considera-se culpada por sua morte, fato que tio confirma quando contrariado; - Descreveu dificuldades de adaptação à nova rotina; - Gosta de ir à escola, de brincar e de conversar com amiga (tio impõe restrições em relação a atividades que considera mais divertidas).

Materiais e Procedimento

Instrumentos utilizados:

Roteiro de Entrevista Clínica Inicial (Silvares & Gongora, 1998); Children’s Depression Rating

Scale – CDI (Poznanski, Freeman & Mokros, 1985); Lista de Verificação Comportamental para Adolescentes – CBCL -Y (Achenbach, 1991); Escala de Autoconceito Infante-Juvenil – EAC-IJ (Sisto & Martinelli, 2004); Desenho de si mesma; Registro de Pensamentos Disfuncionais – RPD (Rangé, 2001); Lista de Verificação do Comportamento Infantil para Pais ou Responsáveis – CBCL (Achenbach, 1991); Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-R (APA, 2002).

Procedimento

O procedimento incluiu avaliação inicial, intervenção (psicoterapia), avaliação final e acompanhamento.

Avaliação Inicial:

Nessa primeira fase, foram realizadas seis sessões (duas sessões com o tio e quatro com L.), cujos objetivos foram: a) Obter dados para formulação do caso e planejamento da intervenção; b) Estabelecer relação de confiança entre terapeuta, adolescente e responsável; c) Observar o comportamento da adolescente durante as sessões; d) Fornecer esclarecimentos quanto ao modelo cognitivo-comportamental e à importância da realização das tarefas de casa.

Intervenção:

Foram realizadas vinte sessões de intervenção com L. e cinco sessões de intervenção com o tio, baseadas no modelo Cognitivo-Comportamental (Kendall, 1991; Friedberg & McClure, 2001; Stallard 2004).

Resultados e discussão

Avaliação Inicial: Os resultados obtidos na avaliação inicial estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Resultados obtidos nos instrumentos utilizados

<i>Instrumento</i>	<i>Resultados</i>
CDI	34 pontos: depressão grave. Sintomas mais prevalentes: tristeza, anedonia, negativismo, desesperança, desânimo, pensamentos de morte e baixa auto-estima.
EAC-IJ	Autoconceito abaixo da média. Avaliou-se como não inteligente, esquisita, pouco esperta para os estudos, triste, responsável por fazer coisas erradas e mentir, ser uma pessoa que não é vista como boa e divertida.
CBCL (Pais ou responsáveis)	Desempenho esperado para sua faixa etária nos aspectos: Atividades, Sociabilidade e Escolaridade. Domínio Competência Social Total apresentou escores clínicos. Problemas de Comportamento apresentou escores clínicos: Internalizantes, Externalizantes e Totais. Dados apontam necessidade de intervenção psicológica para os problemas de comportamento de L.
CBCL-Y Adolescentes	Desempenho esperado para sua faixa etária nos seguintes aspectos: Atividades, Sociabilidade e Escolaridade. Os itens avaliados que indicaram necessidade de intervenção foram: Competência Social Total, Problemas Internalizantes e Problemas Totais.
Desenho de si mesma	Desenhou-se com expressão facial sugestiva de tristeza. Também desenhou o tio, distante e parecendo ameaçá-la.

É importante ressaltar que L. não preenchia todos os critérios diagnósticos para alguns transtornos, no entanto, apresentava comportamentos característicos de: a) Cleptomania,

caracterizada por falhas repetidas em resistir a impulsos de roubar objetos que não são adquiridos para uso pessoal ou ganho monetário e que gera uma sensação crescente de tensão antes do ato e satisfação durante e após o furto; b) Transtorno de Conduta, caracterizado por um padrão repetitivo e persistente de conduta anti-social, agressiva ou desafiadora. Com base nesses dados foi realizado, e, também, tendo como base os critérios do DSM-IV-R, diagnóstico de Depressão (APA, 2002).

As seguintes variáveis pareciam relacionadas ao aparecimento e/ou manutenção dos comportamentos-problema: exposição a um ambiente totalmente diferente após a morte de sua mãe, que implicou a convivência repentina com uma nova rotina, na casa de outra pessoa, com regras e disciplina rígidas, condições com as quais a adolescente não estava acostumada.

Segundo Kristensen et al. (2004) e Lipp (2000), eventos estressores vividos pelos adolescentes estão relacionados à aquisição e transição de papéis, como adaptação a novos ambientes e mudanças nas relações sociais, sendo a morte de um membro da família o evento que mais gera estresse. Nesse caso, essa mudança no contexto de vida resultou na presença de eventos potencialmente geradores de estresse: morte da mãe e mudança no cotidiano.

Para Lipp (2000), nesses casos não é possível proteger o indivíduo do estresse excessivo, sendo necessário fortalecê-lo para lidar com o problema da melhor forma possível. O apoio familiar e social pode facilitar o enfrentamento adequado dessa condição (Domingos & Maluf, 2003). No que se refere ao suporte familiar recebido, o tio, enquanto principal cuidador, também enfrentava dificuldades em se adaptar à situação. Preciso assumi-la sem planejamento prévio e, possivelmente, sem habilidades adequadas para exercer seu novo papel de forma efetiva.

A mudança no ambiente de L., após a morte da mãe, pode ter desencadeado um processo de desamparo e colaborado para o desenvolvimento de sintomas depressivos. É importante destacar que qualquer perda é acompanhada por perdas secundárias, subseqüentes a inicial, uma vez que emergem privações de natureza física e/ou psicossocial impostas à pessoa enlutada, já que deixam de existir as gratificações anteriormente recebidas pela pessoa falecida (Domingos & Maluf, 2003).

Segundo Miyazaki (2000), esse desamparo ou falta de controle frente à própria vida aumenta a vulnerabilidade para a depressão, pois leva à passividade, a déficits motivacionais, de cognição, de afetividade e de auto-estima. Os eventos estressores presentes na vida da adolescente podem ser preditores no desenvolvimento de um quadro depressivo (Zavaschi et al., 2002; Bahls & Bahls, 2002; Lima, 2004; Calderaro & Carvalho, 2005). Além do diagnóstico formal, uma análise funcional do problema auxiliou a estabelecer relações entre o comportamento e circunstâncias nas quais ocorre, tornando possível modificá-lo (Miyazaki, 2000).

Práticas parentais incoerentes, punitivas e inconsistentes eram apresentadas pela mãe e posteriormente pelo tio. Ambos tinham dificuldade em impor limites e disciplina, utilizando agressões físicas e verbais, incoerência entre falar e fazer e punições ineficazes.

Quando L. convivia com a mãe, não havia rotina e disciplina regulares e permanentes. Já com o tio as contingências mudaram drasticamente, uma vez que a adolescente tinha que cumprir horários rígidos e realizar tarefas que chegavam a afastá-la do convívio social. Nesse sentido, os comportamentos-problema eram mantidos pelo processo de reforço negativo: a adolescente cumpria forçadamente tarefas e regras para não ser punida e para garantir lugar para morar (ameaças do tio em levá-la para um orfanato caso não se comportasse bem). Eram ainda mantidos por reforço positivo, uma vez que o comportamento de furtar proporcionava objetos dos quais estava privada. Além disso, o comportamento de furto passou a ser fonte significativa de reforço, uma vez que, quando seu ambiente estava aversivo, emitia tais comportamentos e sentia-se melhor.

O tio exigia que L. fizesse tarefas domésticas, que antes eram realizadas pela mãe. Solicitava ainda que estas fossem feitas de acordo com suas altas expectativas, condição que exigia a apresentação de comportamentos acima do nível de desenvolvimento e do repertório da

adolescente. Quando tais expectativas não eram correspondidas, o tio a punia com agressões verbais.

Segundo Salvo, Silveiras e Toni (2005), algumas operações nas interações pais-filhos que podem levar ao desenvolvimento de depressão e de outros problemas internalizantes (tais como retraimento, queixas somáticas, ansiedade e depressão) e externalizantes (referem-se a comportamento agressivo e delinqüente) na criança incluem: falta de reforçamento positivo, uso de controle aversivo sobre o comportamento da criança, exigência de altas taxas de desempenho para que a criança receba reforçamento e falta de reforçamento diferencial para respostas sociais adequadas. No caso de L., o tio utilizava-se de tais operações para educá-la, condição que colaborava para a manutenção dos sintomas depressivos.

Intervenção:

A literatura indica que a Terapia Cognitivo-Comportamental é efetiva no tratamento de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência, dentre eles a depressão (Beck, 1997; Rangé, 2001). Além disso, no caso de L., a presença de uma série de eventos potencialmente geradores de estresse, apontou a necessidade de intervenções voltadas para o ensino de estratégias mais adequadas de enfrentamento.

Segundo Lipp (2000) o tratamento consiste em proporcionar modificações ambientais para minimizar os efeitos do estresse e fornecer meios para adaptação, reduzindo a vulnerabilidade do indivíduo e aumentando sua resistência para a vida presente e futura.

Avaliação Final:

Com base nessas considerações, no relato de L. e do tio e nas observações da terapeuta, após a intervenção realizada, mudanças puderam ser observadas no repertório de L.

De acordo com a literatura pais e/ou cuidadores devem ser incluídos nos programas de intervenção psicológica com adolescentes, já que fazem parte do contexto e estão envolvidos no processo de manutenção e desenvolvimento dos comportamentos-problema (Marinho, 2005). Devem ser orientados a adotar práticas parentais não coercitivas, que se caracterizam pelo uso constante do reforço positivo, monitoria positiva, reforçamento diferencial, expressão de sentimentos positivos, coerência entre falar e fazer, diálogo e modelos adequados de interação social e de enfrentamento de problemas (Salvador & Weber, 2005; Salvo, Silveiras & Toni, 2005).

Nesse sentido, o tio de L. após orientações feitas pela terapeuta obteve melhora nos seguintes comportamentos:

Tabela 3 - Alvos terapêuticos, estratégias utilizadas e resultados obtidos após a intervenção com a adolescente

Alvos Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar ou reduzir significativamente sintomas de depressão e comportamentos de furto; - Desenvolver/aumentar freqüência de comportamentos incompatíveis com sintomas depressivos e comportamentos de furto; - Modificar crenças distorcidas, desenvolver auto-imagem e auto-estima compatíveis com reais contingências da cliente; - Desenvolver repertório comportamental mais efetivo à nova rotina de convivência com o tio; - Desenvolver repertório discriminativo de expressão de sentimentos.
Estratégias Utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Educação Afetiva (discriminação adequada de sentimentos e da relação entre pensamento, sentimento e comportamento); - Reestruturação Cognitiva (questionamento dos pensamentos automáticos, avaliação de evidências e elaboração de conclusões coerentes com realidade); - Auto-monitorização dos pensamentos disfuncionais (registro diário dos pensamentos); - Treino em Solução de Problemas; - Treinamento em Habilidades Sociais; - Análise de conseqüências.
Resultados Mudanças no repertório de L. e exemplos de verbalizações	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora da expressão de sentimentos: aumento na discriminação adequada dos próprios sentimentos e dos sentimentos dos outros. Ex.: <i>"Eu acho que o meu tio implica muito comigo, porque na verdade ele quer o meu bem"</i>. - Redução significativa dos furtos e desobediência: apresentava vontade de furtar, pensava nas conseqüências e conseguia controlar seu comportamento. Ex.: <i>"Eu queria pegar a caneta do meu tio, mas eu me lembrei do quanto fico triste depois que pego essas coisas. Segurei-me, e a vontade passou"</i>. - Melhora da interação com o tio: acordo e organização de tarefas. Ex.: <i>"Meu tio me ajudou a limpar a casa esta semana"</i>. - Aumento na freqüência de atividades prazerosas em conjunto Ex.: <i>"Eu, meu tio e sua noiva fomos ao cinema. Eu adorei!"</i>. - Melhora da interação social: Aumento do círculo de amizades e de atividades sociais prazerosas. Ex.: <i>"Neste final de semana, eu e minhas amigas fomos dormir na casa da minha vizinha. A gente riu muito"</i>. - Generalização de comportamentos: mudanças ocorreram em todos os contextos da vida da adolescente - familiar, escolar e social.

Tabela 4 - Alvos Terapêuticos, estratégias utilizadas e resultados obtidos após a intervenção realizada junto ao tio de L

Alvos Terapêuticos	- Treinamento em Habilidades Sociais Educativas.
Estratégias Utilizadas	- Identificar e descrever comportamentos apropriados para a idade da adolescente; - Reforçar comportamentos adequados; - Analisar funcionalmente os comportamentos-problema; - Atuar diante dos comportamentos inadequados; - Prover conseqüências aversivas na presença de comportamento inadequado; - Não criticar a adolescente, mas sim o comportamento inadequado.
Resultados mudanças no repertório do tio	- Mudanças nos métodos de disciplina e limites (castigos físicos foram substituídos pela retirada de reforçadores positivos, aumento do diálogo sobre regras e punições, coerência entre falar e fazer, diminuição das críticas em relação ao desempenho de L.). - Aumento da apresentação de reforçadores positivos (carinho, elogios, passeios em conjunto, concessões como prêmios). - Modelação (tio ensinava L. a realizar de forma adequada às tarefas domésticas). - Diminuição dos relatos do tio sobre problemas ("L. está ótima, não está mais dando tanto trabalho").

Conclusões

O presente estudo demonstrou que práticas parentais coercitivas podem contribuir para o surgimento e manutenção de comportamentos-problema, prejudicando a adaptação do adolescente às contingências ambientais.

Intervenções psicológicas, nessas situações, são importantes, a fim de minimizar o impacto de tais eventos e auxiliar no desenvolvimento de um repertório comportamental mais adequado. Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem se mostrado efetiva no tratamento e prevenção de comportamentos desviantes em crianças e adolescentes. A inclusão dos pais e/ou cuidadores no processo terapêutico torna-se relevante para implementação e generalização de mudanças comportamentais.

O desenvolvimento de novas pesquisas, bem como a avaliação dos efeitos prolongados da psicoterapia, tornam-se necessários para generalização dos resultados obtidos e para análise dos efeitos em longo prazo da ocorrência de eventos estressores durante a infância.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescente storn and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Bahls, S. & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Calderaro, R. S. S. & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 181-189.

- Dessen, M. A. & Szelbracikowski, A. C. (2004). Crianças com problemas de comportamento exteriorizado e a dinâmica familiar. *Interação em Psicologia*, 8 (2), 171-180.
- Domingos, B. & Maluf, M. R. (2003). Experiências de perda e luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), 577-589.
- Frade, L. P. & Barragán, C. M. (2005). O manejo do luto em crianças e adolescentes sob o enfoque cognitivo-comportamental. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais* (pp. 187-209). São Paulo: Santos.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2001). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Kendall, P. C. (Org.). (1991). *Child & Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford.
- Kristensen, C. H.; Leon, J. V.; D’Incao, D. B. & Dell’Aglío, D. D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia*, 8 (1), 45-55.
- Lipp, M. E. N. (2000). O Tratamento do Stress Infantil. Em: E. F. M. Silves (Org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental – Vol. 1* (pp. 263-288). Campinas: Papirus.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 11-20.
- Marinho, M. L. (2005). Um programa estruturado para o treinamento de pais. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente – Transtornos específicos* (pp. 417- 443). São Paulo: Livraria Santos.
- Méndez, F. X.; Olivares, J. & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais* (pp. 139-185). São Paulo: Livraria Santos.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2000). Depressão Infantil. Em: F. M. Silves (Org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental -Vol. 2* (pp. 43-62). Campinas: Papirus.
- Numhauser, T. J. & Schwartz, R. N. (1999). Mujeres sobrepasadas, el drama médico-social de lãs jefas de hogar politraumatizadas desde la infância: revisión clinica de 256 casos. *Revista de Psiquiatria*, 4, 221-229.
- Poznanski, E.; Freeman, L. N. & Mokros, H. B. (1985). Children’s Depression Rating Scale – Revised. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 979-989.
- Rangé, B. (Org.). (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Salvador, A. P. V. & Weber, L. N. D. (2005). Práticas educativas parentais: um estudo comparativo da interação familiar de dois adolescentes distintos. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 341-353.
- Salvo, C. G.; Silves, E. F. M. & Toni, P. M. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia*, 22 (2), 185-195.
- Silves, E. F. M. & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: EDICON.
- Silves, E. F. M. & Banaco, R. A. (2000). O estudo de caso clínico comportamental. Em: F. M. Silves (Org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Vol. 1. SP: Papirus.
- Sisto, F. F. & Martinelli, S. C. (2004). *Escala de Autoconceito Infanto-juvenil (EAC-IJ)*. São Paulo: Vetor.
- Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos - bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Zavaschi, M. L. S.; Satler, F.; Poester, D.; Vargas, C. F.; Piazenski, R.; Rohde, L. A. P. & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 189-195.

[Endereço para correspondência](#)

Endereço do autor principal: Luan Flávia Barufi Fernandes: Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP. Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416. CEP: 15090-000. São José do Rio Preto, SP
E-mail: luanflavia@hotmail.com.

Recebido em: 26/06/2007

Aceito em: 02/01/2008